一般社団法人　日本産科婦人科遺伝診療学会　入会申込書

氏名	ふりがな	生年月日（西暦）	性　別	会員No.
		年　月　日	1．男 2．女	※

最終学歴（学校名・学部・学科）

卒業年（西暦）　年

入局（大学・科）

入局年（西暦）　年

免許・資格			
医師免許	有　無	医籍登録No.（　）
臨床遺伝専門医	有　無	登録No.（　）
認定遺伝カウンセラー	有　無	認定No.（　）

専門分野

最も専門とするNO.を1つ選択の上、〇印をつけてください。

1 周産期
2 婦人科腫瘍
3 生殖
4 女性ヘルスケア
5 その他（　）

※産婦人科以外の医師は、所属する科名を、医師以外の方はご専門を具体的にご記入下さい。

所属機関住所

〒	ふりがな		
所属機関名（ふりがな）		部署名	
所属機関内　職務	TEL	内線	
	FAX		

自宅住所

〒	ふりがな
建物名	
TEL	

連絡用E-mailアドレス（PC）	

雑誌送付先	1．所属機関　　2．自宅　（どちらかに〇印を付けて下さい）	
会費	入金日	
備考欄		

日本産科婦人科遺伝診療学会に入会を申し込みます。なお、入会申込にあたり日本産科婦人科遺伝診療学会プライバシーポリシー（個人情報に関する取扱方針）に同意します。

年　月　日　　氏名　　㊞

※日本産科婦人科遺伝診療学会記入欄※（下記には記入しないで下さい）

会員区分	正会員　・　準会員　・　学生会員	

（2019.12.19版）